



# Medicina de Familia. SEMERGEN



<http://www.elsevier.es/semergen>

## 347/3999 - LO QUE LA FIEBRE ESCONDE

L. Hernaiz Calvo<sup>a</sup>, A. Guillén Bobé<sup>a</sup>, M. Santamaría Montoya<sup>b</sup> y G. Mallet Redín<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 1<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San José Centro. Zaragoza.

<sup>b</sup>Médico Residente de 1<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torre-Ramona. Zaragoza.

<sup>c</sup>Médico Residente de 1<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torrero-La Paz. Zaragoza.

## Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 64 años con fiebre de 39 °C de 24h de evolución. Refiere cefalea, MEG y dolores osteoarticulares. Antecedentes patológicos: HTA. BMN tóxico tratado con I131 hace 10 años. Medicación: valsartan/hidroclorotiazida 160 mg/12,5 mg, bisoprolol 2,5 mg, lormetazepam 2 mg. Hábitos tóxicos: fumadora 15 cigarrillos/día.

**Exploración y pruebas complementarias:** TA: 115/84; FC: 86; T<sup>a</sup>: 36,9 °C; SatO<sub>2</sub>: 99%. Exploración física: Sin focalidad clínica. Se realiza en consulta tira de orina: Normal. Se pauta paracetamol y se cita en 1 semana. Durante las siguientes 2 semanas la paciente consulta en varias ocasiones sin mejoría aparente. Bioquímica: normal. Recuento y fórmula leucocitaria: normales. Hemograma: normal. VSG: 61. PCR: 15,9. ASLO y FR: normal. Ac ANA: +. Urocultivo: negativo. Radiografía de tórax: condensación en evolución en LID. Nódulo en LII de 1 año de evolución sin variación. Se inicia tratamiento con amoxicilina/ác. clavulánico 875/125 mg, asociado a azitromicina a los 5 días por falta de mejoría. Se realiza interconsulta con Medicina Interna ante la falta de mejoría con antibióticos y para completar estudios reumáticos. La paciente acude a urgencias por su cuenta. Se ingresa a la paciente y se le realizan las siguientes pruebas: TC cuello-tórax-abdomen-pelvis: dilatación e inflamación de la pared de la arteria aorta en varios niveles. Diagnóstico: arteritis de células gigantes vs arteritis de Takayasu. PET-TC: vasculitis muy activa en grandes vasos. Se realiza biopsia de arteria temporal derecha para confirmar el diagnóstico. Gammagrafía pulmonar con somatostatina: nódulo no captante. Se inicia tratamiento con cortisona 30 mg mostrando mejoría. Se da de alta a la paciente con cortisona durante un mes en pauta descendente, y pantoprazol 20 mg.

**Orientación diagnóstica:** Vasculitis de Takayasu vs Vasculitis de células gigantes.

**Diagnóstico diferencial:** Fiebre de origen desconocido. Neumonía. Cáncer de pulmón.

**Comentario final:** La fiebre es un motivo de consulta muy común en atención primaria, siendo el origen infeccioso la causa más frecuente. Como médicos de familia, tenemos los recursos necesarios para descartar y orientar motivos de fiebre de origen no infeccioso, como el autoinmune, aunque muchas veces nos faltan herramientas específicas para un diagnóstico definitivo del mismo. Por esa razón, es importante saber gestionar los recursos que tenemos, pero también saber cuándo derivar al paciente por el bien del mismo.

## **Bibliografía**

1. Longo DL, Fauci AS, Kasper DL, et al, eds. Harrison Principios de Medicina Interna, 18ª ed. México: McGraw-Hill; 2012.

**Palabras clave:** Fiebre. Vasculitis.